



Roma, 8 novembre 2019 - Seconda giornata di lavori per la Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, riunita fino a domenica 10 novembre a Roma per il 104° Congresso Nazionale, nella splendida cornice del Centro Congressi Rome Cavalieri Waldorf Astoria. A guidare l'evento scientifico i Presidenti Pietro Ruggieri e Claudio Zorzi ed i tre i Vice Presidenti Araldo Causero, Bruno Magnan e Alberto Momoli.

Oltre 2.000 gli ortopedici della SIOT che si confrontano in questi giorni su numerosi argomenti. Spazio particolare è riservato alla "Chirurgia di revisione protesica complessa delle articolazioni maggiori" e ai "Progressi in oncologia muscoloscheletrica", le due principali tematiche dell'evento che si inseriscono in un ampio Programma che abbraccia tutte le tematiche dell'ortopedia, come anca, ginocchio, mano, spalla e gomito.

Si discute inoltre di infezioni, rachide, mal di schiena, fratture vertebrali, scoliosi, chirurgia della caviglia e piede, alluce valgo, fratture e protesi di ginocchio. Spazio inoltre ad altri topics molto attuali come il politrauma stradale, la gestione del dolore, l'ortopedia pediatrica, i legamenti crociati e la stampa 3D in ortopedia.

Il Congresso si è aperto ieri con la presentazione di un video emozionale della SIOT e con le parole del Presidente Francesco Falez. Nel corso dell'inaugurazione, il numero uno della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia ha voluto ringraziare i Presidenti e i Vice Presidenti del Congresso di Roma "per essere rimasti legati alla tradizione regalando allo stesso tempo una ventata di modernità all'evento capitolino attraverso l'adozione di un nuovo format che abolisce la giornata dedicata alle attività delle società specialistiche e che rende il nostro Congresso più accessibile ed in linea con gli altri eventi internazionali".

Il Congresso SIOT di Roma prevede infatti l'introduzione di tematiche di discussione o Format che abbracciano i vari aspetti dell'ortopedia e i temi propri di ciascuna società specialistica, non più affrontati in una sessione dedicata ma in tutto l'ambito del Convegno in maniera continuativa e trasversale attraverso simposi, tavole rotonde, letture magistrali e presentazioni orali, permettendo di avere una presenza più distribuita durante le giornate.

SIOT 2019 c'è anche il conflitto d'interesse. Se ne parlerà nel corso di un'altra Tavola Rotonda dal titolo "Il buono, il brutto e il cattivo: capitolo II", che sarà presentata domani, sabato 9 novembre, dal prof. Francesco Falez e dal prof. Alberto Momoli. Si tratta del dibattito sul conflitto d'interessi in sanità iniziato a Bari lo scorso anno nel corso del 103° Congresso Nazionale SIOT.

### **La biomeccanica del legamento crociato anteriore**

Dei 4 legamenti principali presenti nell'articolazione del ginocchio, il legamento crociato anteriore (LCA) ha la funzione di limitare lo spostamento anteriore della tibia, dunque di mantenere la stabilità strutturale del ginocchio durante le funzioni motorie. Tuttavia, l'LCA può essere facilmente danneggiato nel corso di attività sportive, incidenti stradali e traumi e non può guarire da solo; se non si interviene, può portare alla perdita della normale stabilità e dell'equilibrio biomeccanico, con conseguente danno ai menischi, degenerazione della cartilagine e altre lesioni.

Per ripristinare la corretta biomeccanica del ginocchio infortunato è dunque necessaria la ricostruzione dell'LCA. Tuttavia, l'incidenza della degenerazione articolare rimane elevata anche dopo un intervento chirurgico di ricostruzione del LCA convenzionale a causa di vari motivi. La ricostruzione dell'LCA deve essere una procedura specifica per il singolo paziente. I chirurghi devono tenere conto dei fattori di rischio specifici per l'insufficienza del trapianto dell'LCA, come l'età e il livello di attività.

### **L'intervento di ricostruzione del legamento crociato anteriore**

Consiste nel trapianto di un tendine del paziente nell'articolazione del ginocchio in sostituzione del legamento lesionato. Per posizionare il trapianto nel ginocchio vengono di solito eseguiti dei fori nella tibia e nel femore in modo da raggiungere il footprint anatomico del LCA. A livello tibiale il raggiungimento di questi footprint è molto semplice, mentre a livello femorale esistono diversi modi di raggiungere il punto anatomico e quindi fresare il tunnel.

Dopo l'avvento dell'artroscopia, per molti anni la metodica di esecuzione del foro femorale più utilizzata è stata quella transtibiale: una guida viene inserita nel foro tibiale e agganciata dietro al condilo femorale e con offset variabile permette di eseguire il foro femorale. Dopo l'avvento della ricostruzione dell'LCA a doppio fascio si è invece passati ad una ricostruzione anatomica del LCA, e quindi si è cercato un punto più basso e più anteriore sul femore che può essere raggiunto più facilmente con metodica out-in o con un accesso AM accessorio.

### **Ricostruzione LCA a doppio fascio**

Negli anni più recenti si è assistito ad una tendenza alla riduzione dell'utilizzo della tecnica a doppio fascio, confermata dai dati di letteratura e probabilmente legata alla complessità della tecnica. Un recente sondaggio condotto fra Ortopedici esperti di ricostruzione del LCA in ambito sportivo professionistico (football americano di college e NFL) ha mostrato come uno solo su 137 di essi preferisse la tecnica a

doppio fascio.

Nonostante ciò la tecnica a doppio fascio può avere sicuramente ancora un ruolo. Con questo tipo di ricostruzione ci si avvicina sempre di più all'anatomia naturale del legamento crociato anteriore, formato è costituito da due fasci - antero-mediale e postero-laterale.

## **“Il menisco: evoluzione delle conoscenze e dei trattamenti”**

### ***Anatomia e biomeccanica***

I menischi sono strutture fibrocartilaginee di forma approssimativamente triangolare e a forma di ‘C’ e coprono da metà a due terzi della superficie articolare del corrispondente piatto tibiale. La loro funzione primaria consiste nel trasmettere il carico articolare attraverso il ginocchio, aumentando la congruenza tra femore e tibia e diminuendo così lo stress sulla cartilagine articolare.

I menischi svolgono anche un ruolo secondario nell'assorbimento degli stress, nella stabilità, nella lubrificazione, nella nutrizione e nella propriocezione dell'articolazione del ginocchio. La comprensione dell'anatomia, biomeccanica e funzione è di fondamentale importanza per l'approccio terapeutico e, in particolare, per la gestione chirurgica delle lesioni.

### ***Attuali indicazioni alla meniscectomia***

La meniscectomia è uno degli interventi più eseguiti in chirurgia ortopedica, ma i risultati a lungo termine non sono del tutto soddisfacenti. Solo negli ultimi 20-30 anni si è iniziato a parlare di conservazione meniscale per prevenire le lesioni degenerative della cartilagine articolare del ginocchio.

Nelle lesioni traumatiche e nei soggetti giovani, la prima linea di scelta deve essere la sutura e non la rimozione del menisco, anche parziale. Soprattutto nelle lesioni longitudinali e specialmente nelle zone vascolarizzate, la percentuale di successo è molto alta.

Riguardo invece le lesioni meniscali degenerative, molti studi recenti hanno evidenziato che la meniscectomia selettiva non dà risultati superiori se confrontati con il trattamento conservativo. Quindi la prima opzione di scelta deve essere un trattamento conservativo e la meniscectomia selettiva deve essere presa in considerazione soltanto in caso di fallimento della terapia conservativa. Oggi il concetto che deve diffondersi nella cultura del chirurgo ortopedico è ‘Salvare il menisco’ con le modalità e le terapie più consoni al paziente che si ha di fronte.

### ***Le suture meniscali***

La riparazione del menisco migliora i risultati clinici a lungo termine, radiograficamente i cambiamenti degenerativi sono meno gravi rispetto alla meniscectomia parziale. I progressi nelle tecniche chirurgiche hanno ampliato le possibilità di riparazione meniscale; le conoscenze dell'anatomia, delle lesioni e delle tecniche chirurgiche, un adeguato planning pre-operatorio e un'approfondita conoscenza dei meccanismi di guarigione e di fallimento sono al giorno d'oggi imprescindibili per approcciarsi a questo tipo di chirurgia. Il tasso riportato di fallimento della riparazione meniscale varia da 0 a 43,5%, con una media del 15%.

***La medicina rigenerativa ci può aiutare?***

Il trattamento delle lesioni meniscali rappresenta una complessa e interessante sfida a causa dello scarso potenziale intrinseco di riparazione del tessuto fibrocartilagineo. Per migliorare il processo di guarigione meniscale sono state sviluppate nuove soluzioni promettenti come tecniche di ingegneria tissutale, tecnologie basate sull'indirizzo di cellule e/o fattori di crescita, stampa 3D.